

**APPLICATION FOR STATE  
EMERGENCY RELIEF  
SOLICITUD PARA AYUDA DE  
EMERGENCIA DEL ESTADO**  
Michigan Department of Human Services

Case Name:  
Case Number:  
Date:  
DHS Office:  
Specialist:  
Phone:  
Fax:  
Specialist ID:  
Client ID:

Hago por este medio una solicitud para el programa de la Ayuda de Emergencia del Estado (SER). Entiendo que la información siguiente será utilizada en la determinación de mi elegibilidad para SER. Si esta solicitud es para servicios de entierro, entiendo que deber ser recibida por la oficina de DHS en mi área, no mas tarde de los 10 días calendario despues de que el entierro, cremación o donación sean realizados.

**INFORMACION DE DOMICILIO**

1. Marca donde usted vive:  Casa/apartamento/mobile home  Sin hogar  Otro \_\_\_\_\_

2. **Dirección donde usted vive** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote)

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

3. **Dirección Postal** (si es diferente de la de arriba, o caja postal - PO box)

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

4. Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Número telefónico donde podamos dejarle un mensaje \_\_\_\_\_ ¿A quién pertenece el número telefónico? (nombre/ relación) \_\_\_\_\_

TDD/ Otro número \_\_\_\_\_ Dirección de email \_\_\_\_\_

**Marque el servicio(s) que está solicitando y la cantidad necesaria para resolver la emergencia**

1. Energia?Servicios sin energia

1a.  Rent \$ \_\_\_\_\_

1b.  Deposito de Seguridad \$ \_\_\_\_\_

1c.  Gastos de Mudanza \$ \_\_\_\_\_

1d.  Calefacción \$ \_\_\_\_\_ % de combustible entregable \_\_\_\_\_

1e.  Electricidad \$ \_\_\_\_\_

1f.  Reparación de calefacción \$ \_\_\_\_\_

1g.  Agua/alcantarillado o gas de cocinar \$ \_\_\_\_\_

1h.  Hipoteca \$ \_\_\_\_\_

1i.  Impuestos \$ \_\_\_\_\_

1j.  Segura \$ \_\_\_\_\_

1k.  Reparación del hogar \$ \_\_\_\_\_

1l.  Comida \$ \_\_\_\_\_

Que necesita reparación \_\_\_\_\_

2.  Servicios de entierro \$ \_\_\_\_\_

3.  Hospitalización Migratoria \$ \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR**

Haga una lista de los miembros de su hogar; incluyendo adultos y niños ausentes temporariamente debido a enfermedad o empleo. Asegurese de incluir la fecha de nacimiento y estado de ciudadanía de cada miembro. Una persona se considera miembro de su hogar si duerme y guarda sus pertenencias en su hogar. Solicite más páginas si necesita incluir a miembros adicionales.

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano?	¿Afirma esta persona que no tiene responsabilidad por emergencias en el hogar?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

**BIENES**

1. ¿Alguien en su hogar posee un vehículo?  
 **No**  
 **Sí** → Marque todos los vehículos que correspondan y complete la siguiente información. **ADJUNTE PRUEBA ACTUAL de cantidad/valor.**

Auto       Camion       Barco       Cámpers/tráiler       Motocicleta       RV       Otro vehículo

Dueño(s) (Según figura en el título o registro del vehículo)	Año	Marca/Modelo	Valor	Suma Adeudada
			\$	\$
			\$	\$

2. ¿Alguien en su hogar posee un bienes (incluya bienes de posesión conjunta)?  
 **No**  
 **Sí** → Marque todos los bienes que se poseen en su casa y complete la siguiente información. **ADJUNTE PRUEBA ACTUAL de cantidad/ valor.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo  | <input type="checkbox"/> Cuentas de Mercado monetario               | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito                               |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques  | <input type="checkbox"/> Cuentas de Christmas Club                  | <input type="checkbox"/> IRA, KEOUGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros  | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutual  | <input type="checkbox"/> Fondos para entierro/contrato(s) de funeral            |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de union de crédito                                    | <input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otras notas | <input type="checkbox"/> Herramientas y equipo, Ganado o cultivos               |
| <input type="checkbox"/> Herencia de propiedad de vida                                 | <input type="checkbox"/> Pagadero al miembro del hogar              |   |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida  | <input type="checkbox"/> Parcela de entierro(s), ataúd, etc.        |   |
| <input type="checkbox"/> Fondo fideicomiso por entierro                                | <input type="checkbox"/> Fondo fideicomiso de paciente              |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (derechos minerales/agua, pagos al gobierno, etc.) _____ |   |   |

Bienes del dueño(s)	Tipo(s) de bienes	Cantidad o valor del balance (de no haber, no lo ingrese)	Nombre y domicilio (banco, compañía de seguros, etc.)	Número de cuenta o póliza
		\$		
		\$		

3. Alguien en su casa:

¿Cerró una cuenta, eliminó o agregó un nombre a bienes o vendió/se deshizo de una propiedad, tierra, acciones, bonos, vehículos, ahorros, efectivo, etc. durante los últimos 90 días?

No  
 Sí →

¿Quién	Qué	Fecha	Cuánto?
_____	_____	_____	_____

¿Presentó una demanda que podría proveer dinero o propiedad en los próximos 30 días?

No  
 Sí →

¿Quién	Qué	Fecha	Cuánto?
_____	_____	_____	_____

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

**INGRESO POR EMPLEO** – ¿Alguien en su casa tiene un empleo?  No  Sí → Si es así, es necesario que proyectemos el ingreso durante los próximos 30 días. Anote todos los ingresos que alguien que reside en su casa espera recibir durante los próximos 30 días. **INCLUYE LA PRUEBA ACTUAL.**

Nombre del empleado (nombre y apellido)	Nombre del empleador	Domicilio y número telefónico del empleador	Fecha de Inicio	Si es un trabajo nuevo, fecha del primer cheque recibido	✓ Frecuencia de Pago:					Día de la semana en que se recibe el pago (es decir: lunes, martes, miércoles, etc.)	Ganancia bruta (sin impuestos)	Promedio de horas que se espera que trabaje por:
					Semanal	Cada dos semanas	Dos veces por mes	Mensual	Otro			
1					<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	\$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Dos veces/mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Contractual	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de _____					
2					<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D	\$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Dos veces/mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Contractual	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Período de _____					

**INGRESO POR CUENTA PROPIA** – ¿Alguien en su casa es auto empleado?  No  Sí → Si es así, **ADJUNTE PRUEBA ACTUAL.** (Adjunte hoja actual si es necesario.)

Persona(s) empleado por cuenta propia	Tipo de trabajo o negocio (Por ejemplo: cuidador de niños, cuidador personal, etc.)	Nombre de negocio y dirección	Ingreso mensual bruto (cantidad antes de cualquier gastos)	Marque todas las casillas que correspondan y complete lo siguiente:
			\$ _____	
			\$ _____	

**INGRESO NO GANADO** – ¿Alguien en su casa recibe un ingreso no ganado?  No  Sí → Si es así, es necesario que proyectemos el ingreso no ganado durante los próximos 30 días. Anote todos los ingresos que alguien que reside en su casa espera recibir durante los próximos 30 días. **ADJUNTE PRUEBA ACTUALIZADA.**

↓ Marque todas las casillas que correspondan y complete lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Beneficios de seguro social	<input type="checkbox"/> Ingreso de seguro suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Beneficios de incapacidades
<input type="checkbox"/> Beneficios de pension/retiro	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo
<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes, etc.	<input type="checkbox"/> Ingreso de alquiler
<input type="checkbox"/> Distribucion militar	<input type="checkbox"/> Sostenimiento para niños	<input type="checkbox"/> Nombre del inquilino: → _____
<input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otros pagos pagadero a un miembro del hogar		
<input type="checkbox"/> Pagos tribales (LIHEPA/asistencia energética, GA tribal, reclamos de tierras, compartir ganancias de apuestas/casino, per cápita, etc.)		
<input type="checkbox"/> Otro _____		

Persona(s) que reciben/que esperan dinero	Fuente/tipo de ingreso	Frecuencia con que se recibió	Día de la semana en que se recibió (es decir: lunes, martes, etc.)	Fecha en que se recibió	Suma Recibida	Se espera que continúe	Fecha en que se espera si aún no se recibió
					\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
					\$ _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

### GASTOS DE INGRESO

3. ¿Alguien en su hogar paga alguno de los siguientes gastos?

No

Sí → Marque todas las casillas que correspondan y complete lo siguiente. **COMPROBANTE ADJUNTO**

<input type="checkbox"/> Prima de seguro médico \$	¿Frecuencia de pago?	Período de tiempo que cubre (1 mes, 3 meses, etc.)
<input type="checkbox"/> Un juzgado ordenó apoyo infantil (cantidad pagada por mes) \$	Costos actuales de cuidado infantil por parte de la persona empleada, no DHS \$	
<input type="checkbox"/> Gastos relacionados con el empleo actual \$ Explique _____		

### CREDITO PARA CALEFACCION DEL HOGAR

¿Recibió un Crédito para Calefaccionar su Hogar en los últimos seis (6) meses?

No

Sí → Si es así, suma \$ \_\_\_\_\_ Mes recibido \_\_\_\_\_

### GASTOS ACTUALES DE VIVIENDA/CALEFACCION/GASTOS DE UTILIDADES. INCLUYE LA PRUEBA ACTUAL.

Marque todos los gastos que debe asumir		¿Cómo calefacciona su hogar? <b>ESPECIFIQUE</b> (gas natural, electricidad, propano (gas LP), madera, aceite combustible, carbón, etc.)	Nombre y domicilio del dueño, empresa a cargo de la hipoteca y/o empresa de energía	Número de cuenta	¿Existe un medidor común/compartido?	Nombre y domicilio en la cuenta
<input type="checkbox"/> Renta	\$ _____ por mes					
<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$ _____ por mes					
<input type="checkbox"/> Impuestos	\$ _____ por mes					
<input type="checkbox"/> Seguro de casa	\$ _____ por mes					
<input type="checkbox"/> Calefacción					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Electricidad					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Agua/ alcantarillado					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Combustible de cocina					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### TAMAÑO E INGRESO DEL HOGAR ANTERIOR

1. Indique el número de miembros y el ingreso total en su hogar durante los últimos seis (6) meses. **NO** incluya el mes actual. Complete la siguiente tabla.

Mes						
Nº en el hogar						
Ingreso mensual	\$	\$	\$	\$	\$	\$

### GASTOS ANTERIORES

2. ¿Fue responsable de pagar cuentas de techo/calefacción/electricidad/servicios públicos algunos de los últimos seis (6) meses? **NO** incluya el mes actual.

No  Sí → Si es así, ingrese los meses y la cantidad que pagó. **INCLUYE LA PRUEBA.**

Mes						
Vivienda	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Calefacción	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Electricidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Gastos de utilidades	\$	\$	\$	\$	\$	\$

CONTINUA EN PAGINA 5

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

**ENTIERROS: Si usted está solicitando servicios para entierro, favor de completar esta sección. INCLUYE LA PRUEBA.**

Nombre del difunto	Fecha en que falleció	Fecha del entierro/cremación
¿El difunto posee su propia casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → Si es sí, anote el valor actual: \$		Dirección del hogar
¿Hay otro dueño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, si es sí →	Nombre y dirección del otro dueño	
¿Tiene el difunto cualquier cuenta del banco o de la unión de crédito: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → Balance disponible a la fecha de la muerte:		
Nombre del banco/unión de crédito	Dirección:	
¿Es el difunto dueño de cualquier <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, si es sí, →	Anote el tipo, modelo y valor de cada vehículo.	
Indique cualquier beneficio por fallecimiento solicitado o que se espera recibir y la suma.		
<input type="checkbox"/> \$ del Seguro contra accidente/automóvil	<input type="checkbox"/> \$ del acuerdo funerario prepago	<input type="checkbox"/> \$ del seguro de vida
<input type="checkbox"/> \$ de beneficios del sindicato	<input type="checkbox"/> \$ de beneficios del Seguro Social por fallecimiento	<input type="checkbox"/> \$ del fondo de soldados y marineros
<input type="checkbox"/> \$ del beneficio por fallecimiento de un	<input type="checkbox"/> \$ del fondo de asistencia comunitaria/organizaciones fraternales	
<input type="checkbox"/> Otro beneficio (especifique la fuente)	\$	
Nombre de la funeraria manejando el entierro/cremación:	Dirección:	# de Teléfono:
¿Firmó usted una Declaración de Mercancías Fúnebres y Servicios con la funeraria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Cuál es el costo total del entierro/cremación? \$	¿Hay un servicio conmemorativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Es una cremación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Hay una contribución de la familia y/o de amigos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → Suma \$	¿Era veterano el difunto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Lugar del entierro:	¿Cuál es su relación legal con la persona fallecida?	

**SOLICITUD DE FIRMA – Firme a continuación. De otro modo, esta solicitud estará incompleta.**

Entiendo que falta de proveer la información mencionada arriba puede resultar en la negación de mi solicitud. Entiendo que tengo **ocho días de calendario** para proveer todas las verificaciones solicitadas. Entiendo que el dar información falsa puede resultar en ser dirigido al fiscal para ser procesado por fraude. Entiendo que mi solicitud puede ser una de las que se escogen para una investigación completa. Un representante del departamento puede llamar a mi hogar y puede comunicarse con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.

Autorizo el departamento para liberar mi nombre y dirección al operador de la impermeabilización local como parte del sistema de Impermeabilización de Referencia. Autorizo el departamento para soltar caso e información del pago al Departamento de Salud y Servicios del Humano (Department of Health and Human Services), sus afiliados y/o agencias contraídas, con el propósito de investigación, estudio y evaluación del Programa de Asistencia de Bajo Ingreso Casa Energía (Low Income Home Energy Assistance Program – LIHEAP).

Autorizo mi compañía de energía para hiberar por teléfono, de fax, correo electrónico o de la computadora en su sitio Web toda la información disponible sobre mi cuenta.

**BAJO PENALIDADES DEL PERJURIO, JURO QUE ESTA SOLICITUD HA SIDO EXAMINADA POR O LEIDA A MI, Y, EN MÍ MEJOR CONOCIMIENTO, LOS HECHOS SON VERDADEROS Y COMPLETOS. SI SOY UNA TERCERA PARTE SOLICITANDO SOBRE NOMBRE DE OTRA PERSONA, JURO QUE ESTA SOLICITUD HA SIDO EXAMINADA PO O LEIDA AL SOLICITANTE, Y, EN MI MEJOR CONOCIMIENTO, LOS HECHOS SON VERDADEROS Y COMPLETOS.**

Firma del solicitante o representante autorizada	Fecha	Firma de la esposa	Fecha
Dirección actual	Firma del especialista de DHS		Fecha
Número de teléfono actual	Identificación del solicitante o representante autorizada		

**AUDIENCIAS:**

Si usted cree cualquier acción del departamento es incorrecto, o si la decisión para aprobar o para negar su solicitud no se toma dentro de 10 (diez) días de la fecha de la solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia. Una solicitud de audiencia debe ser por escrito, firmada por usted o su representante autorizado, y recibida por Department of Human Services dentro de los 90 días después de la fecha de esta forma. Las solicitudes de audiencia deben ser enviadas a su DHS local en su área. Usted tiene derecho a la representación por un abogado u otra persona de su opción. Sin embargo, esta departamento no paga ningún costo legal.

Notas:

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

**AUTORIDAD:** Acta 280, P.A. 1939, como enmendado (secciones 400.6, 400.14, 400.24, 400.68 MCL); 45 CFR 283, 120(b); Low Income Home Energy Assistance Acta de 1981, como enmendado; MCL 400.10; Reglas Códigos Administrativas 400.7001-400.7049

**COMPLETACION:** Requerido

**PENALIDAD:** Negación de SER.